

Anfrage für eine Krankenzusatz- und Pflegezusatz-Versicherung

**Robert Bosch
Risk and Insurance
Management GmbH**
Postfach 16 33
39006 Magdeburg

Diesen Antwort-Coupon bitte ausfüllen und per E-Mail an my.insurance@de.bosch.com per Fax an +49 (0)711 811 511 44088 oder per Post zurück senden.

Alternativ zur Angebotsanforderung über dieses Formular haben Sie auch die Möglichkeit über unsere Online-Rechner sich selbst ein Angebot zu berechnen! (Aktionscode: MyInsurance)

zur Krankenzusatzversicherung

Angaben zur eigenen Person

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Geschlecht männlich weiblich

Familienstand ledig verheiratet Lebenspartner

Ausgeübter Beruf _____

Straße/Hausnr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon, tagsüber _____

E-Mail _____

Arbeitnehmer Selbständig

Versicherung für Partner- oder Familienangehörige gewünscht?
 Ja Nein

Angaben zum Partner

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Straße/Hausnr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon, tagsüber _____

E-Mail _____

Familienstand ledig verheiratet Lebenspartner

Angaben zu den Kindern

Kind 1

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Geschlecht männlich weiblich

Tätigkeit Kind Schüler Auszubildender Student
 Berufliche Tätigkeit | Beruf _____

Zu wieviel Prozent sind Sie im Büro tätig? _____ %
Zu wieviel Prozent sind Sie körperlich tätig oder tätigen regelmäßige Dienstreisen? _____ %

Kind 2

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Geschlecht männlich weiblich

Tätigkeit Kind Schüler Auszubildender Student
 Berufliche Tätigkeit | Beruf _____

Zu wieviel Prozent sind Sie im Büro tätig? _____ %
Zu wieviel Prozent sind Sie körperlich tätig oder tätigen regelmäßige Dienstreisen? _____ %

Kind 3

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Tag _____ Monat _____ Jahr _____

Geschlecht männlich weiblich

Tätigkeit Kind Schüler Auszubildender Student
 Berufliche Tätigkeit | Beruf _____

Zu wieviel Prozent sind Sie im Büro tätig? _____ %
Zu wieviel Prozent sind Sie körperlich tätig oder tätigen regelmäßige Dienstreisen? _____ %

Name der gesetzlichen Krankenversicherung	Versichert dort seit						
	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">Tag</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Monat</td> <td style="width: 60%; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
Versicherungs- und Kassen-Nummer	Versicherungsstatus						
	<input type="checkbox"/> Pflichtversichert <input type="checkbox"/> Freiwillig versichert						

Angebotswunsch

Versicherungsbeginn	Versicherungsstatus						
	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">Tag</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Monat</td> <td style="width: 60%; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
<input type="checkbox"/> Zahnzusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Krankenhaus						
<input type="checkbox"/> Zahnerhalt- maßnahmen <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie für Kinder <input type="checkbox"/> erhöhte Zahn- ersatzleistungen	<input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 1- oder 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> privatärztliche Behandlung						
<input type="checkbox"/> Augenvorsorge und Brillen-Versicherung	<input type="checkbox"/> Pflegezusatz						
<input type="checkbox"/> Zuschuß für eine Brille- und Augen-Laser-Op	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, es besteht bereits ein Vertrag						
<input type="checkbox"/> Ambulante Versorgung	<input type="checkbox"/> Staatlich geförderte Bahr Pflege Rente						
<input type="checkbox"/> alternative Heilmethoden- und Heilpraktikerleistung	<input type="checkbox"/> Pflegezusatz-Versicherung ohne Gesundheitsprüfung						

Krankentagegeldversicherung

Ja nein, es besteht bereits ein Vertrag

Gesetzlich versicherte Arbeitnehmer haben nach Ablauf der Lohnfortzahlung seitens des Arbeitgebers (in der Regel nach 6 Wochen) Anspruch auf Krankengeldzahlung durch ihre gesetzliche Krankenkasse. Dieses beträgt maximal 70 % des regelmäßigen Brutto- oder 90 % des Nettogehaltes der letzten 12 Monate ohne Tantieme bis zur Beitragsbemessungsgrenze für die Krankenversicherung. Je höher das regelmäßige Einkommen über dieser Grenze liegt, desto größer wird der finanzielle Verlust.

ab dem

43. Tag 182. Tag
 365. Tag andere _____

Jahresbruttogehalt ohne Tantieme/Bonus/Anzahl Gehälter _____

Jahres-Netto-Gehalt _____